



SESIONES CLINICAS
CENTRO DE SALUD DE VENTANIELLES

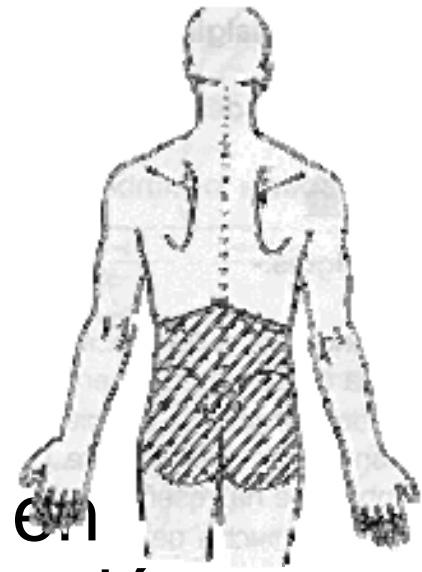


MANEJO DE LA LUMBALGIA EN AP

Clara Rodríguez Sánchez-Leiva
MIR 3 Medicina Física y
Rehabilitación



INTRODUCCIÓN



- El dolor lumbar se define como dolor en región lumbar, entre parrilla costal y región glútea.
- Puede irradiarse por pierna más abajo de la rodilla (CIÁTICA) o no (LUMBALGIA).
- En el 90% de los casos se debe a problemas mecánicos o degenerativos.



INTRODUCCIÓN

- El 80% de la población tiene dolor lumbar en algún momento de su vida.
- Más del 90% se recuperan en 6 meses.
- Es la 2ª causa de absentismo laboral, después del catarro común.
- Es la causa más frecuente de incapacidad en < de 45a.

CLASIFICACIÓN

- AGUDA: < 15 días
- SUBAGUDA: 15 días- 3 meses
- CRÓNICA: > 3 meses



DIAGNÓSTICO

- Historia clínica
- Exploración física
- Pruebas complementarias

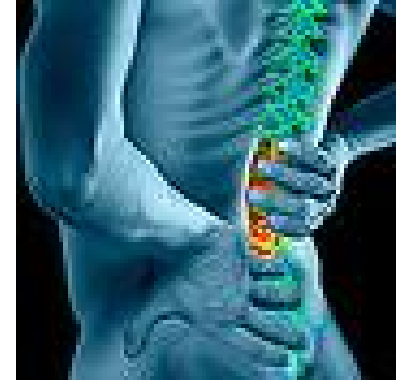




CARACTERÍSTICAS DEL DOLOR

Dolor mecánico	Dolor inflamatorio	Canal medular estrecho
<ul style="list-style-type: none">○ Durante el esfuerzo, movimientos o postural○ Mejora el reposo	<ul style="list-style-type: none">○ Mantenido○ A veces aumenta durante el reposo nocturno	<ul style="list-style-type: none">○ Irrradiado a MMII○ Alt. Sensitivo y/o motoras○ Aumenta al caminar y obliga a sentarse

ETIOLOGIA



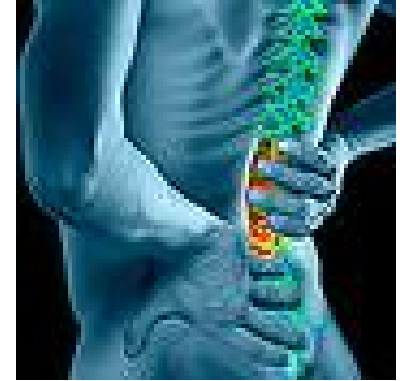
o Dolor lumbar mecánico:

- 90% de los casos
- Por sobrecarga funcional o postural: hiperlordosis, hipotonía de la musculatura abdominal, hipertoniía musculatura posterior o dismetrías.

o Dolor lumbar no mecánico:

- Patología inflamatoria: EA, espondilitis infecciosas
- Tumores óseos benignos (osteoma osteoide) o malignos (mieloma múltiple, metástasis)
- Enfermedades óseas metabólicas

ETIOLOGIA



○ Dolor lumbar referido:

- Patología articular: caderas, sacroilíacas
- Enfermedades viscerales: cólico renal, herpes zóster
- ¡DESCARTAR ANEURISMA DE AORTA !

○ Dolor ciático:

- Hernia discal (lo + frecuente)
- Espondilolisis-espondilolistesis
- Infecciones
- Neoplasias
- Estenosis de canal

ANAMNESIS

- Antecedentes personales
- Momento de aparición del dolor: antecedente traumático?
- Localización y tipo de dolor
- Características: ↑ o ↓ con el ejercicio?, desaparece en reposo?, ↑ con alguna postura o movimiento?
- Irradiación?, parestesias?, silla de montar?
- Fiebre?, s.constitucional?, s.miccional?



CLINICA



o SIGNOS DE ALARMA:

- Traumatismo reciente e importante, o traumatismo leve en >50a
- Pérdida de peso o fiebre inexplicable.
- Inmunosupresión
- Antecedentes de cáncer
- Drogas iv
- Osteoporosis, consumo de corticoides
- > 70a
- Déficit neurológico



EXPLORACIÓN FÍSICA

○ INSPECCIÓN:

- Estática vertebral
- Postura antiálgica
- Estudio de la marcha

○ PALPACIÓN:

- Apófisis espinosas (decúbito prono)
- Contracturas

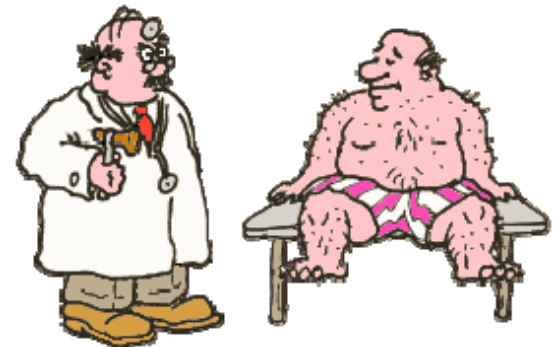
EXPLORACIÓN FÍSICA

○ MOVILIDAD:

- Activa lumbar
- Pasiva de caderas

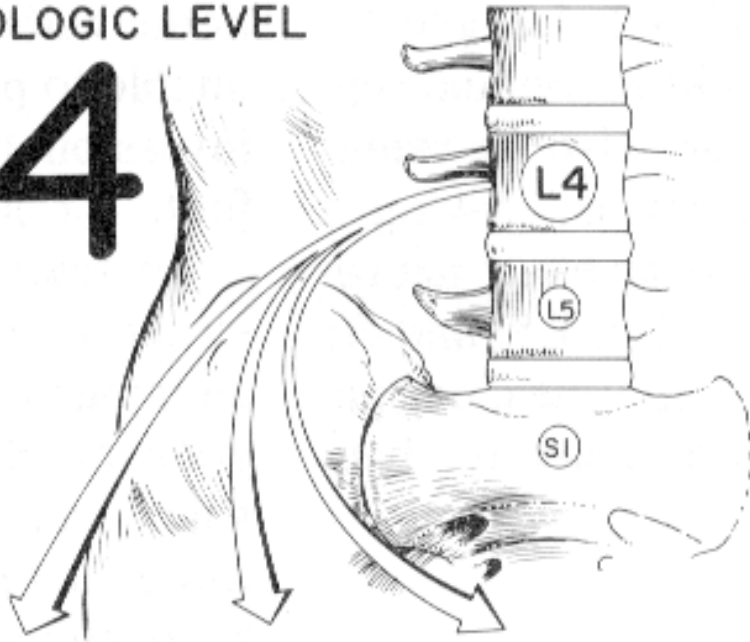
○ EXPLORACIÓN NEUROLÓGICA: (si irradiación)

- Lassegue, Bragard
- ROTS
- Sensibilidad



NEUROLOGIC LEVEL

L4



MOTOR

TIBIALIS ANTERIOR
(FOOT INVERSION)

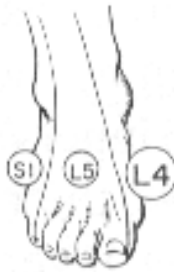


REFLEX

PATELLAR TENDON

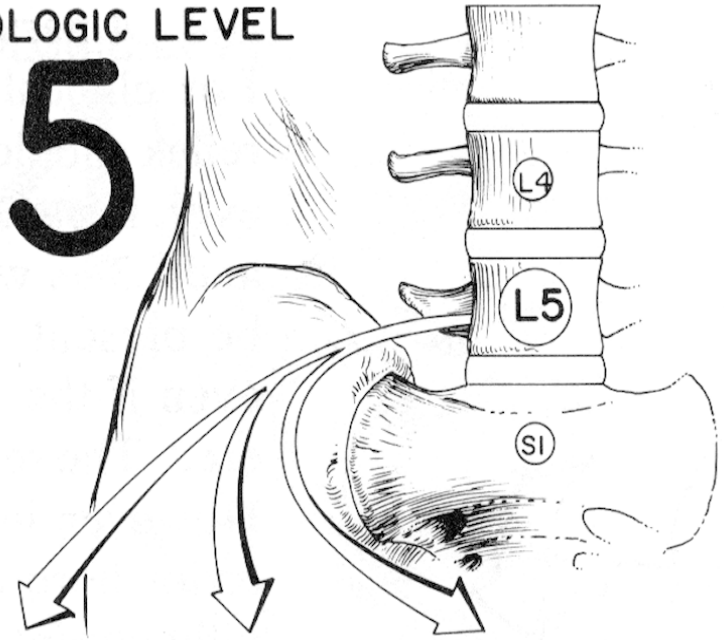


SENSATION



NEUROLOGIC LEVEL

L5



MOTOR

EXTENSOR DIGITORUM LONGUS

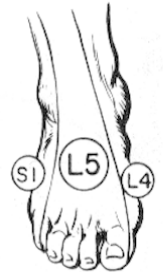


REFLEX

NONE



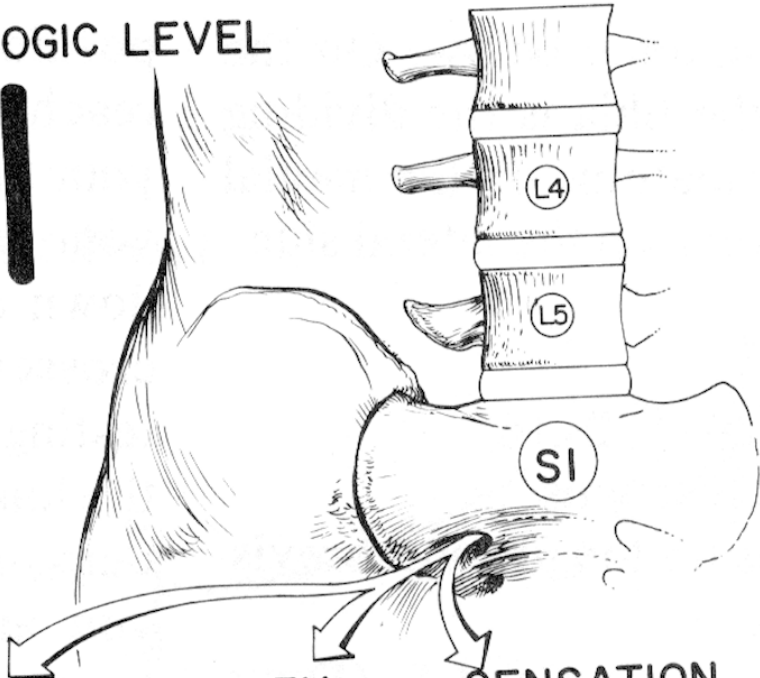
SENSATION





NEUROLOGIC LEVEL

S1



MOTOR

PERONEUS
LONGUS and
BREVIS

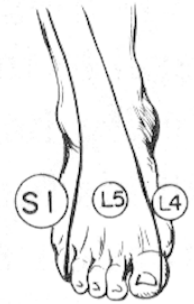


REFLEX







ACHILLES
TENDON



SENSATION





Nerve root	L4	L5	S1
Pain			
Numbness			
Motor weakness	Extension of quadriceps.	Dorsiflexion of great toe and foot.	Plantar flexion of great toe and foot.
Screening exam	Squat & rise.	Heel walking.	Walking on toes.
Reflexes	Knee jerk diminished.	None reliable.	Ankle jerk diminished.



EXPLORACIÓN FÍSICA

- ✓ Si sospecha dolor radicular:
 - Elevación MI recto (lado sintomático y CL)
 - Examen neurológico MMII
- ✓ Sospecha estenosis de canal:
 - Observación de la marcha
 - Extensión lumbar 30s
 - Examen neurológico MMII
 - Palpación pulsos arteriales



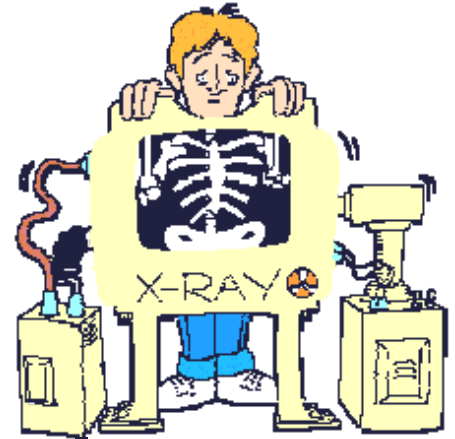
EXPLORACIÓN FÍSICA

- ✓ Sospecha espondiloartropatía:
 - Palpación sacroiliacas
 - Test Schober
 - Expansión torácica
- ✓ Dolor cara anterior muslo:
 - Palpación abdominal (incluyendo orificios herniarios)
 - Examen neurológico MMII (incluyendo raíces altas)
- ✓ Enfermedad potencialmente grave (neoplasia, infección, etc):
 - Examen físico dirigido según sospecha clínica

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

○ INDICACIONES DE RX:

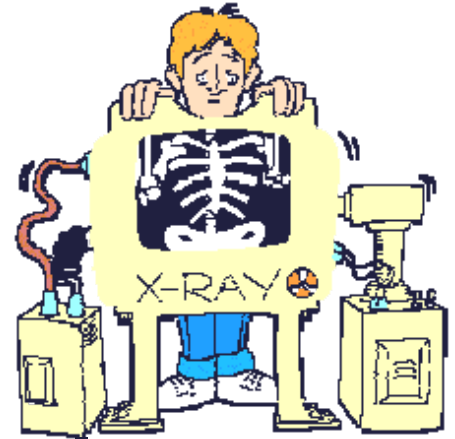
- Mayores de 50 años o <20a
- Antecedente de traumatismo previo importante
- Historia de neoplasia previa
- Dolor en reposo o nocturno
- Existencia de sd constitucional o adenopatías
- Pacientes alcohólicos o heroinómanos



PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

○ INDICACIONES DE RX:

- Tratamiento con corticoides
- Fiebre
- Déficit neurológico
- Falta de mejoría después de 2-4 semanas de tratamiento conservador correcto
- Pacientes que persiguen compensación o litigio





PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

- INDICACIONES DE PETICIÓN DE ANALÍTICA:
 - Paciente con antecedentes de cáncer, infección bacteriana reciente, adicción a drogas vía parenteral, VIH+ inmunosupresión, diabetes mellitus, hepatopatía crónica, alcoholismo
 - Lumbalgia aguda de tipo inflamatorio
 - Lumbalgia aguda con síntomas de fiebre o tiritona
 - Si existe radiculopatía o síndrome de cauda equina
 - Todo paciente con edad superior a 50 años
 - En todo paciente con cuadro de lumbalgia aguda que no ceda en 2 semanas deben practicarse rutinariamente un hemograma completo, una VSG y un análisis de orina

TRATAMIENTO

- 90% asintomáticos a las 2 semanas con independencia del tto
- NO REPOSO
- Si necesario, postura de reposo discal
- Higiene postural
- FCOS:
 - Paracetamol y/o AINEs (escala analgésica de la OMS)
 - Si contractura muscular: miorrelajantes

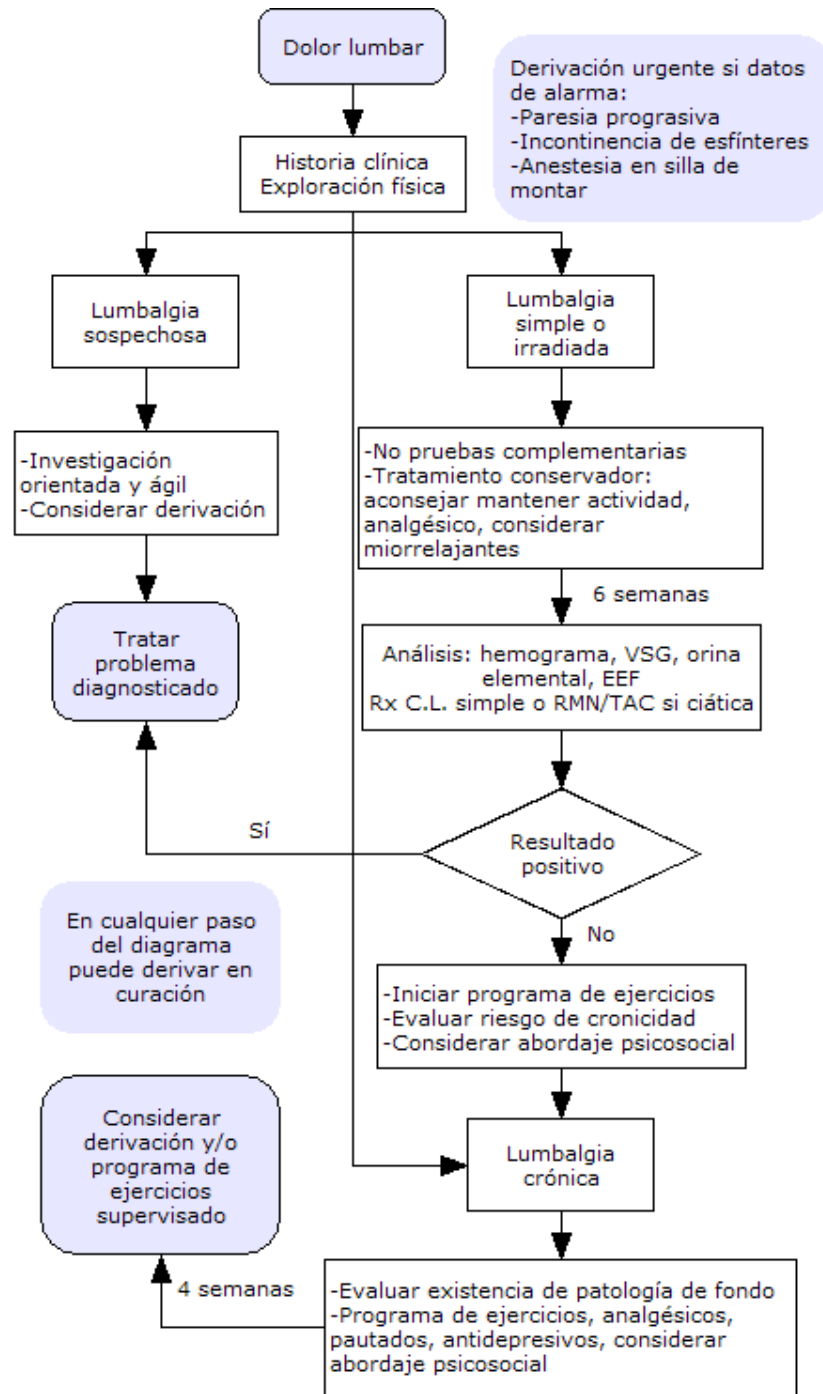


DERIVACIÓN A ESPECIALISTA

- Paresia progresiva
- Incontinencia de esfínteres
- Anestesia en silla de montar
- Lumbalgia aguda mecánica que no mejora tras tto conservador 4-6 semanas
- Lumbociatalgia con déficit neurológico
- Lumbalgia crónica que no mejora tras 1-3 meses
- Sospecha lumbalgia inflamatoria de origen vertebral o fractura vertebral



URGENTE





CONCLUSIONES...

- La lumbalgia aguda curara en el 80% de los casos en 2 sem con o sin tto; pero solo el 40% de las lumbalgias crónicas que duran más de 6 sem mejorarán.
- DXCO: H^a clínica y exploración
- Puntos básicos de tto: información y colaboración del paciente
- EVITAR en lo posible el reposo y la baja laboral



¡GRACIAS!